

EVALUACIÓN MÉDICA (DEL DOCTOR)

INSTRUCCIONES PARA EL DOCTOR: Los expedientes del Departamento de Vehículos Motorizados indican que es posible que su paciente pueda tener una condición que pudiera afectar su capacidad para manejar un vehículo motorizado con seguridad. (Véase las instrucciones para el doctor, página 1 para la condición médica específica que le preocupa al departamento.) Con su asistencia, el departamento espera resolver el asunto con la más mínima inconveniencia para todos los interesados.

Las secciones de Historial Médico y Autorización de Información Médica en la página 1 deberán completarse y firmarse por el paciente antes que usted complete este formulario de Evaluación Médica del Conductor.

Su experiencia y conocimiento de la condición del paciente, resultados de exámenes médicos y planes de tratamiento, serán de gran valor para asistir al departamento a determinar la decisión apropiada para la licencia. **POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS** en el formulario que sean aplicables a la(s) condición(es) de su paciente. Si lo prefiere, puede proporcionar un reporte narrado pero por favor incluya toda la información pertinente a su paciente. El departamento tiene la responsabilidad exclusiva para tomar cualquier decisión acerca de las habilidades para manejar y licencia del paciente. El departamento también considerará los factores no médicos al tomar una decisión.

VISTA

AGUDEZA VISUAL (sin telescopio bióptico)	EN AMBOS OJOS	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
Sin lentes	20/	20/	20/
Con lentes actuales	20/	20/	20/

¿ALGUNA LESIÓN O ENFERMEDAD DE LA VISTA? (ENUMERE)

¿SE SUGIERE UN EXAMEN DE LA VISTA MÁS EXTENSO?

Sí No

TRATAMIENTO POR OTRO(S) DOCTOR(ES)

¿ESTÁ SIENDO TRATADO EL PACIENTE POR CUALQUIER CONDICIÓN POR OTRO DOCTOR?

Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, POR FAVOR INDIQUE EL NOMBRE DEL/DE LOS DOCTOR(ES) A CARGO DEL TRATAMIENTO.

CONDICIÓN QUE SE ESTÁ TRATANDO.

TRATAMIENTO BAJO SU SUPERVISIÓN

DIAGNÓSTICO (SI EL DIAGNÓSTICO ES UN DESORDEN CARACTERIZADO POR PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO, DEMENCIA O DIABETES, COMPLETE LAS PÁGINAS 3, 4 Ó 5).

¿NECESITA VER AL PACIENTE EN INTERVALOS REGULARES? SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUÉ TAN A MENUDO?

Sí No

PROGNOSIS

LA CONDICIÓN ESTÁ

Mejorando Estable Empeorando o deteriorándose Sujeta a cambiar

(SI EXISTEN CONDICIONES MÚLTIPLES, POR FAVOR DESCRIBA LA CONDICIÓN Y PROGNOSIS EN LOS COMENTARIOS ABAJO).

MANIFESTACIONES: (SÍNTOMAS)

(ACTUALES)

(PASADAS)

¿CUÁNTO TIEMPO ESTA PERSONA HA SIDO SU PACIENTE?

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN

¿ESTÁ SU PACIENTE BAJO UN PROGRAMA DE CONTROL MÉDICO?

Sí No

¿POR CUÁNTO TIEMPO SE HA MANTENIDO EL CONTROL?

¿ESTÁ EL PACIENTE ADHIRIÉNDOSE AL RÉGIMEN MÉDICO? SI NO, POR FAVOR EXPLIQUE:

Sí No

¿TIENE EL PACIENTE CONOCIMIENTO SOBRE LA CONDICIÓN MÉDICA?

Sí No

ENUMERE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS. POR FAVOR INCLUYA LA DOSIS Y FRECUENCIA DE USO.

¿CUÁNDO SE HIZO EL ÚLTIMO CAMBIO DE MEDICAMENTOS?

¿PODRÍAN LOS EFECTOS SECUNDARIOS DEL MEDICAMENTO RECETADO INTERFERIR PARA MANEJAR CON SEGURIDAD UN VEHÍCULO MOTORIZADO?

Sí No Si la respuesta es sí, por favor describa:

EN SU OPINIÓN, ¿AFECTA LA CONDICIÓN MÉDICA DEL PACIENTE MANEJAR CON SEGURIDAD?

Sí No Incierto

¿ACTUALMENTE USTED ACONSEJA NO MANEJAR?

COMENTARIOS DEL DOCTOR:

NIVELES DE DETERIOROS FUNCIONALES

Los deterioros funcionales que podrían afectar la capacidad de manejar. Por favor marque donde aplique.

	LEVE	MODERADO	SEVERO
Descuido visual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lado izquierdo <input type="checkbox"/> Lado derecho			
Pérdida de control de extremidades motoras superiores.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lado izquierdo <input type="checkbox"/> Lado derecho			
Pérdida de control de extremidades motoras inferiores.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lado izquierdo <input type="checkbox"/> Lado derecho			

¿APARATOS ADAPTADOS AYUDARÍAN A SU PACIENTE A COMPENSAR POR SU INCAPACIDAD?

Sí No Incierto

SI LA RESPUESTA ES SÍ, POR FAVOR DESCRIBA

¿RECOMENDARÍA USTED QUE EL DMV LE DÉ UN EXAMEN PRÁCTICO DE MANEJO?

Sí No Incierto

DEMENCIA O DETERIOROS COGNOSCITIVOS

Enfermedad de Alzheimer

Otra demencia (Por favor describa el tipo de demencia a continuación, ej., multi-infarto, metabólico postraumático).

HISTORIAL DE LA ENFERMEDAD, RESULTADOS DE EXÁMENES, ETC.

Usando las definiciones descritas a continuación, por favor califique la severidad de los siguientes deterioros cognoscitivos en este paciente.

Leve: El juicio está relativamente intacto pero las actividades laborales y sociales están significativamente deterioradas. La capacidad para manejar con seguridad un vehículo motorizado puede o no puede estar deteriorada.

Moderado: La vida independiente es peligrosa y se necesita algún grado de supervisión. El individuo no es capaz de adaptarse al medio ambiente y manejar sería peligroso.

Severo: Las actividades de la vida cotidiana están tan deterioradas que se requiere una supervisión continua. Esta persona no está capacitada para manejar un vehículo motorizado.

	NINGUNO	LEVE	MODERADO	SEVERO	INCIERTO
Pérdida de la memoria.....	<input type="checkbox"/>				
Depresión, secundaria a demencia.....	<input type="checkbox"/>				
Atención deteriorada.....	<input type="checkbox"/>				
Capacidad deteriorada de lenguaje.....	<input type="checkbox"/>				
Capacidad visual/espacial deteriorada.....	<input type="checkbox"/>				
Comportamiento impulsivo.....	<input type="checkbox"/>				
Dificultad para resolver problemas.....	<input type="checkbox"/>				
Pérdida de conocimiento de incapacidad.....	<input type="checkbox"/>				
GRADO GENERAL DE DETERIORO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

TRASTORNO DE LA PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO

POR FAVOR IDENTIFIQUE EL TRASTORNO DE PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO QUE SE ESTÁ REPORTANDO	FECHA(S) DE EPISODIO(S) EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS
FECHA DE INICIO, SI SE SABE	FECHA Y HORA DEL ÚLTIMO EPISODIO

Por favor indique los deterioros identificados abajo que actualmente padece su paciente.

	SÍ	NO	INCIERTO
Pérdida esporádica de conocimiento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de conocimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Función motora deteriorada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EFFECTOS DESPUÉS DEL INCIDENTE

Confusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disminución de concentración.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disminución de juicio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de la memoria.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la medicina se toma para controlar ataques, ¿se anotan los niveles de suero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Son los niveles de suero aceptables desde el punto de vista médico?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIABETES

POR FAVOR INDIQUE EL TIPO DE DIABETES QUE TIENE ESTE(A) PACIENTE	FECHA DE DIAGNÓSTICO
<input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> En gestación	
¿QUÉ MÉTODO DE TRATAMIENTO SE REQUIERE?	
<input type="checkbox"/> Dieta controlada <input type="checkbox"/> Medicamentos orales para la diabetes <input type="checkbox"/> Inyecciones de insulina <input type="checkbox"/> Bomba de insulina	
<input type="checkbox"/> Otro: _____	
¿HA RECIBIDO EL PACIENTE EDUCACIÓN ACERCA DE LA DIABETES POR PARTE DE UN EQUIPO DE CUIDADO MÉDICO?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿CUMPLE EL PACIENTE CON EL PLAN DE TRATAMIENTO PRESCRITO?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
SI NO, FAVOR DE EXPLICAR	

¿ESTÁ BAJO CONTROL LA DIABETES POR AHORA?

Sí No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿POR CUÁNTO TIEMPO SE HA MANTENIDO BAJO CONTROL? SI NO, POR FAVOR EXPLIQUE

¿CUÁLES SON LOS NIVELES DE GLUCOSA EN LA SANGRE DEL PACIENTE EN AYUNO? ¿DESPUÉS DE CUÁNTAS HORAS DE AYUNO?

DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS, ESTE PACIENTE HA EXPERIMENTADO RAZÓN DE LOS EPISODIOS (ej. por no cumplir con el régimen, cambio en la condición, insulina no disponible, enfermedad, etc.)

¿EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIA? ¿EPISODIOS DE HIPERGLUCEMIA?

Por favor indique las complicaciones manifestadas por los episodios hipoglucémicos o hiperglucémicos y el nivel de severidad de cada uno.

	NINGUNO	LEVE	MODERADO	SEVERO	INCIERTO
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>				
Deficiencias cognoscitivas.....	<input type="checkbox"/>				
Confusión	<input type="checkbox"/>				
Confusión o desorientación.....	<input type="checkbox"/>				
Falta de coordinación	<input type="checkbox"/>				
Inconciencia hipoglucémica.....	<input type="checkbox"/>				
Falta de vigor	<input type="checkbox"/>				
Pérdida de conocimiento	<input type="checkbox"/>				
Estupor (letargo).....	<input type="checkbox"/>				
Cambios visuales	<input type="checkbox"/>				
Cetoacidosis	<input type="checkbox"/>				
Reacciones lentas	<input type="checkbox"/>				
Convulsiones	<input type="checkbox"/>				
Debilidad o fatiga.....	<input type="checkbox"/>				
Otro.....	<input type="checkbox"/>				

